

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

360

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre CHAUVILLON

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médecin assistant de la Ligue de Préservation Sociale.

Né le 25 septembre 1907, à Reims (Marne).

**L'huile soufrée pyrétogène
en
thérapeutique dermatologique**

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé SÉZARY

Président : M GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre CHAUVILLON

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médecin assistant de la Ligue de Préservation Sociale.

Né le 25 septembre 1907, à Reims (Marne).

**L'huile soufrée pyrétogène
en
thérapeutique dermatologique**

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé SÉZARY

Président : M GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
(Justin) Hydrologie.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BKULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A qui je dois tout. Trop faible témoignage de ma très grande affection et de ma profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'elle a faits pour moi.

A MA FEMME

A MES PREMIERS MAITRES EN MEDECINE

M. LE DOCTEUR JACQUINET

M. LE DOCTEUR TECHOUHEYRES

Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims.

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des
maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et dirigé dans notre travail.*

*Qui nous a guidé depuis sept ans
avec la plus bienveillante attention
dans notre formation médicale et nous
a prodigué maintes fois les marques de
la plus grande sollicitude.*

*Nous lui devons toute notre initia-
tion à la Dermatologie et le prions de
croire à notre vive reconnaissance
pour l'accueil particulier qu'il nous a
réservé dans son service.*

*Qu'il veuille bien trouver ici un
faible témoignage de notre respec-
tueuse gratitude et de notre grand at-
tachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec.

*En témoignage de notre profonde
déférence et de notre grande reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEMONCHY

Directeur de la Ligue de Préservation Sociale.

Qui nous a accueilli avec bienveillance et nous a prodigué ses conseils éclairés.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR SERGENT

M. LE DOCTEUR TREMOLIERES

M. LE DOCTEUR DESCOMPS (in memoriam)

M. LE DOCTEUR LESNE

M. LE DOCTEUR RENÉ BENARD

M. LE DOCTEUR BABONNEIX

M. LE DOCTEUR ROUHIER

M. LE DOCTEUR PISSAVY (in memoriam)

M. LE DOCTEUR BRECHOT

M. LE DOCTEUR FREDET

M. LE DOCTEUR CATHALA

M. LE PROFESSEUR DEVRAIGNES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY

A LA MEMOIRE DE

MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE COMBE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUBE

Avec notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. WEILLER

*En témoignage de ma très vive
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUADY

Directeur du Sanatorium des Etudiants.

En qui je remercie un ami.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-COBLENTZ

Dont je m'honore d'être l'élève.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas voulu, avant de présenter ce travail sur l'huile soufrée appliquée au traitement des dermatoses, rappeler les travaux et les recherches qui ont amené à l'expérience, telle qu'on la possède aujourd'hui, de la pyrétothérapie.

Ces considérations, ainsi que le rappel circonstancié des travaux antérieurs sur les questions qui s'y rapportent, nous entraîneraient trop loin et seraient hors de notre sujet.

Ce travail nous a été inspiré par notre Maître, Monsieur le Professeur agrégé SÉZARY, et nous avons suivi avec lui un certain nombre de malades de son service de l'hôpital Saint-Louis. Ce sont les résultats de nos essais que nous avons rapporté dans les lignes qui vont suivre, après avoir exposé un certain nombre d'observations qui les justifient.

De nombreuses méthodes de traitement par le choc ont été utilisées ces dernières années avec des succès inégaux, mais souvent intéressants et c'est ce qui nous a incité à en essayer une autre — qui n'est d'ailleurs pas nouvelle dans les dermatoses — l'huile soufrée pyrétogène.

Le soufre a été utilisé dans les maladies de la peau depuis les temps les plus reculés. Nous savons que

Pline l'Ancien l'avait essayé en association avec d'autres corps contre les dartres et le vitiligo.

Plus près de nous, on a constaté maintes fois que les ouvriers travaillant dans les usines à manipuler le soufre étaient généralement exempts de maladies cutanées.

Le soufre fut et est employé dans des cas extrêmement divers en dehors de la dermatologie et en particulier en médecine générale (rhumatisme, maladies du poumon). En 1915, MM. LOEPER et VAHRAM ont fait des injections intra-veineuses de soufre dans le traitement du rhumatisme avec des résultats heureux contre la douleur.

Rappelons que l'huile soufrée a été introduite en thérapeutique par BORY en 1906 dans les maladies générales.

Nous relevons dans la thèse de M. SZKOLNIK (Paris 1920) l'application du traitement par l'huile soufrée au psoriasis. M. BORY utilisait primitivement une préparation de soufre précipité en solution huileuse, de préférence aux préparations colloïdales. C'était une solution de soufre précipité pur, dosée au 2/1.000, dans l'huile de sésame. Il modifia d'ailleurs cette formule plus tard en y ajoutant de l'eucalyptol.

Ultérieurement, MM. GOUGEROT et Paul DURET proposèrent et utilisèrent une formule contenant pour 100 centimètres cubes, dans l'huile de sésame purifiée, 1 gr. de soufre précipité lavé et en outre gaiacol, camphre et eucalyptol.

Cette solution précipite presque toujours et l'injec-

tion est douloureuse, survenant le soir de la piqure.

Nous citerons également dans le travail de M. SZKOLNIK : « les piqûres d'huile soufrée provoquent aussi une réaction fébrile atteignant parfois des proportions extraordinaires ». Pour obvier à ces inconvénients, M. BRISSON « remplaça l'huile de sésame par l'huile de foie de morue, plus absorbable et obtint par un procédé spécial de chauffage la solubilisation complète du soufre » (huile soufrée combinée).

Nous ne nous étendrons pas sur ces indications : notons seulement que ces huiles soufrées qui étaient des solutions (et non une suspension comme dans le produit que nous utiliserons) se montraient douloureuses et étaient nettement pyrétogènes.

Les cas de psoriasis étudiés par SZKOLNIK et traités soit avec la formule de BRISSON (huile soufrée combinée), soit avec celle plus active et nettement pyrétogène de GOUGEROT-DURET (huile dissoute), ont été sanctionnés par les résultats suivants : sur 14 psoriasis graves, cinq ont été guéris, d'autres ont subi une influence favorable. M. GUÉRITHAULT, élève de BORY, avait également essayé les injections d'huile soufrée dans les cas d'eczéma rebelle.

M. PAUTRIER en 1921 a publié quelques cas de psoriasis, acné et pelade traités par l'huile soufrée (Soc. Méd. Hôp., Paris, 21 mai 1921, p. 401).

Nous avons employé pour les essais de pyrétothérapie par l'huile soufrée, dans les cas de dermatoses que nous exposons au cours de cet ouvrage, la SULFOSINE LÉO, qui est présentée sous deux concentra-

tions : une suspension faible à 1 p. 100. C'est la Sulfosine simple, celle que nous avons le plus fréquemment employée. La concentration à 2 %, ou Sulfosine double, est parfois moins bien supportée.

Avant d'indiquer comment nous l'avons utilisée, rappelons brièvement que l'huile soufrée a été, depuis dix ans environ et par plusieurs auteurs, appliquée au traitement de la paralysie générale et dans quelques autres maladies syphilitiques ou non du système nerveux central.

En 1927, M. KNUD SCHROEDER, de Copenhague, employa le premier ce traitement contre la paralysie générale : il étudia quatorze cas dont, selon l'auteur, huit sujets sont entrés en rémission et on pu retourner dans leur famille, cinq paraissant guéris ayant regagné leur pleine capacité de travail.

Depuis, nous avons, toujours dans la même maladie, les statistiques de MM. Harry MARCUSE et Franz KALLMANN (Berlin) qui comptent 18 % de rémissions apparemment définitives

M. WALDERMIRO PIRES (Rio-de-Janeiro) rapporte 2 cas réfractaires à la malariahérapie, améliorés par l'huile soufrée (Sulfosine). Du point de vue liquide céphalo-rachidien, la lymphocytose aurait baissé nettement chez la plupart des sujets, dont certains seraient devenus séro-négatifs. Il faut noter toutefois que les auteurs ont institué en même temps dans beaucoup de leurs cas un traitement au salvarsan ou au mercure.

M. KNUD SCHROEDER a traité également divers au-

tres cas de tabès et d'affections non syphilitiques du système nerveux central avec des résultats variables.

Plus récemment, en 1933, M. A. LAJOURNADE présentait un travail (thèse de Bordeaux) sur le traitement de la démence précoce par les injections d'huile soufrée. Nous en retiendrons les résultats intéressants obtenus en thérapeutique psychiatrique. L'auteur présente vingt-quatre observations de démence précoce comportant 14 améliorations et 10 échecs.

Il utilisait l'huile soufrée simple et faisait 2 à 8 injections et plus à des intervalles variant de 2 jours à une semaine ou plus, à doses progressives allant parfois, ayant toujours commencé par 1 centimètre cube, jusqu'à huit et dix centimètres cubes en une seule injection.

La température souvent élevée ne paraît pas toutefois avoir été en relation bien nette avec la quantité de produit injecté.

Dans l'ensemble les déments précoces et les paralytiques généraux sur lesquels ont porté les observations de l'auteur ont relativement bien supporté ces fortes doses.

A ces travaux, on peut ajouter ceux de M. KERFRIDIN (thèse de Paris 1934) sur l'application aux déments précoces du soufre pyrétogène associé à l'or, et de M. A. TRIOLET (Lyon) sur le traitement des psychoses non syphilitiques par la pyrétothérapie.

Enfin un certain nombre de publications et communications ont été faites ces dernières années à propos de l'huile soufrée dans ses diverses applications (cf. bibliographie).

CONSIDERATIONS GENERALES

Voici quelques indications relatives à l'emploi et à la technique que nous avons utilisée dans les cas exposés.

L'huile soufrée semble agir d'une part en introduisant du soufre dans l'organisme, mais surtout par le choc qu'elle y produit et la réaction thermique consécutive à l'injection.

Il s'agit d'une suspension de soufre à 1 ou 2 %. Nous avons employé dans la majorité des cas la forme à 1 % estimant que la concentration plus forte ne donnait pas de meilleurs résultats et était souvent plus douloureuse.

De même nous croyons qu'il n'est pas indispensable d'obtenir une température très élevée, 40° par exemple, pour avoir plus de chances de succès.

Après divers tâtonnements et partant de ces idées directrices, nous avons institué des traitements formés de une à plusieurs injections d'huile soufrée à des intervalles variant de un à plusieurs jours, nous basant chaque fois sur les constatations faites après une piqûre avant de passer à la suivante.

Les doses utilisées furent le plus souvent de 1 centimètre cube à 3 centimètres cubes et pas nécessairement croissantes.

Il nous a semblé que les traitements prolongés fatiguaient inutilement le sujet sans pour autant se montrer plus efficaces.

Cette méthode a l'avantage d'être dans l'ensemble relativement bien supportée, de ne pas arrêter le malade dans ses occupations et d'être absolument inoffensive.

Introduit par voie intra-musculaire, le soufre arrive dans le sang après un temps écoulé infiniment plus long que s'il est introduit en intra-veineuse, ce qui écarte tout accident.

En principe, la technique est la suivante : on fait une injection strictement intra-musculaire et profonde de 1 ampoule de 1 centimètre cube, qu'on a au préalable chauffée et agitée pour obtenir un mélange homogène.

La piqûre est faite dans la région habituelle, en retirant légèrement la seringue avant de pousser l'injection, lentement, car elle est un peu douloureuse.

Il est préférable de faire cette piqûre le matin, la réaction thermique se manifestant — quand elle existe — de la sixième à la dix-huitième heure en moyenne, l'acmé se faisant vers la douzième heure pour redescendre immédiatement et en général presque aussi rapidement.

Le maximum se maintient très peu de temps : il est donc recommandé de prendre la température de deux en deux heures à partir de la sixième heure chaque fois que cela est possible.

Dès que la température est sensiblement redeve-

nue normale, rien ne s'oppose à ce qu'on fasse une nouvelle injection, ou bien on peut attendre deux ou plusieurs jours, chacune des piqûres paraissant agir pour son propre compte et pendant un certain temps.

Après une dose d'essai de 1 centimètre cube, on peut, suivant la technique la plus classique, faire une série de cinq à dix injections à doses régulièrement croissantes jusqu'à 3 ou 5 centimètres cubes ou bien s'en tenir à un nombre de piqûres limité par le résultat obtenu et les réactions générales ou locales constatées, et à des doses n'excédant pas 2 à 3 centimètres cubes par injection, quitte à reprendre plus tard le traitement.

Nous avons moins recherché en effet l'introduction dans l'organisme du soufre et l'action chimique consécutive que l'effet du choc produit, que traduit le complexe réactionnel du malade à la suite de l'injection et singulièrement souligné par l'ascension thermique.

Il se produit généralement un malaise avec élévation thermique et un endolorissement local éventuel, qui ne durent pas normalement plus de douze à vingt-quatre heures.

La fièvre s'accompagne parfois de sueurs, de frissons ou de nausées; les urines peuvent en même temps se trouver diminuées, mais ces signes disparaissent vite et nous n'avons eu aucun incident notable à enregistrer.

Si le sujet se montre fatigué et perd du poids, il vaut mieux interrompre le traitement.

C'est ce qui se produit quelquefois dans les injections pratiquées en série ou à doses trop fortes, et nous avons voulu l'éviter.

Tous nos sujets ont été au préalable examinés et ne présentaient pas de lésions organiques graves ou de déficience générale susceptibles d'être influencés défavorablement par les injections de soufre pyrétogène.

D'après ces données, nous présentons en tout cinquante observations contrôlées, provenant du service de notre Maître, M. le Professeur agrégé SÉZARY, dont 23 ont été publiées par lui-même, avec A. MIGET et J. FACQUET à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie le 8 février 1934, et 27 autres observations sont inédites, portant sur des cas de dermatoses d'ordre très divers, quelques malades ayant été suivi en salle, la plupart à la Consultation et par nous-même.

Nous ne faisons que les résumer brièvement afin de ne pas encombrer ce travail de descriptions superflues et nous nous sommes attaché surtout à mettre en évidence le nombre, les doses et les dates des injections, la réaction produite sur le sujet, et à consigner aussi minutieusement que nous le permettait la régularité des visites de nos malades les effets thérapeutiques obtenus.

Nous avons fait auparavant divers essais non systématiques et avons collecté en tout près de quarante-vingt observations plus ou moins intéressantes, sur lesquelles nous n'avons retenu que ces cinquante.

Cette expérience nous a aidé à avoir une opinion relative quant à l'application de l'huile soufrée pyretogène aux quelques cas de dermatoses en général qui vont suivre.

I

Voici tout d'abord un groupe de 23 observations telles qu'elles ont été publiées par MM. A. SÉZARY, A. MIGET et J. FACQUET à la Société de Dermatologie (séance du 8 février 1934).

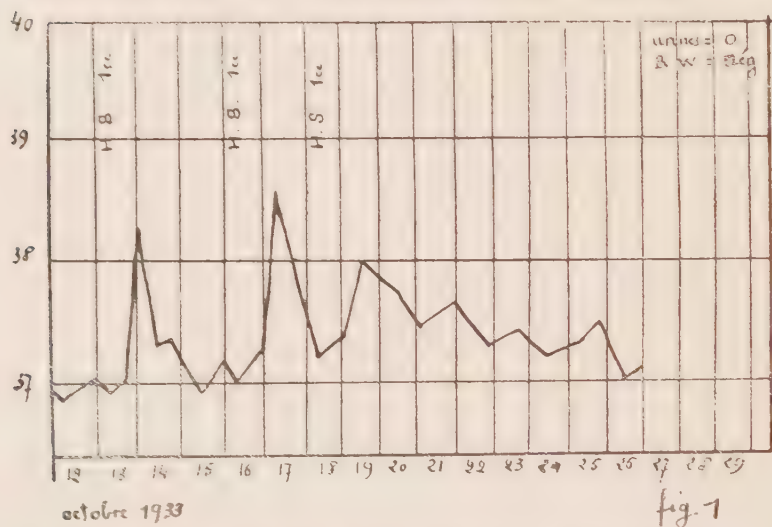
OBSERVATION I.

M. Bol..., 46 ans, ébéniste, vient consulter le 13 octobre 1933 pour un *zona thoracique supérieur* apparu 8 jours auparavant. Les douleurs sont très vives : le malade les compare à des brûlures, à des cuissons superficielles ou des piqûres profondes d'épingle. Elles entraînent l'insomnie. L'autohémothérapie a été tentée sans succès le premier jour de l'éruption.

Une première injection de 1 centimètre cube d'huile soufrée à 1 % fut suivie d'une élévation légère de la température (38°2) et amena dès le soir la sédation presque complète de la douleur. Le lendemain, il persistait seulement une sensation d'endolorissement. Deux injections furent pratiquées le 16 et le 18 octobre, à la même dose. Le malade est sorti de l'hôpital le lendemain de la dernière injection, complètement guéri.

La courbe thermique (fig. 1) que nous avons pu relever avec exactitude est tout à fait instructive et montre les réactions thermiques moyennes et courantes que nous avons enregistrées dans la plupart

des cas à la suite de chaque injection. On remarquera la montée rapide en clocher, avec une défervescence souvent un peu moins nette et présentant parfois un léger crochet. La seconde injection est celle qui a provoqué l'ascension la plus nette et aussi



la seule qui ait donné une réaction générale ayant consisté en fatigue intense avec céphalée d'une durée de quarante-huit heures.

OBSERVATION II.

M. Bout..., 20 ans, employé de commerce, est hospitalisé le 17 janvier 1934 pour un *zona de la partie moyenne du thorax* apparu depuis 3 jours. Les douleurs sont très vives (sensation de brûlure), avec des paroxysmes très pénibles. On note également l'hyperesthésie au tact et à la piqure dans le territoire cutané correspondant à l'éruption.

Le 18 janvier, on injecte à midi 2 centimètres cubes d'huile soufrée à 1 %. Dans la soirée, la douleur disparaît dans la région dorsale. Elle ne persiste plus qu'en avant, sous forme d'hyperesthésie au contact de la chemise.

Une seconde injection (1 cm³ d'huile soufrée à 2 %), pratiquée le 25 janvier, fait disparaître cette sensation anormale. Le malade sort guéri.

Chacune des injections a déterminé une élévation légère de la température (38°6).

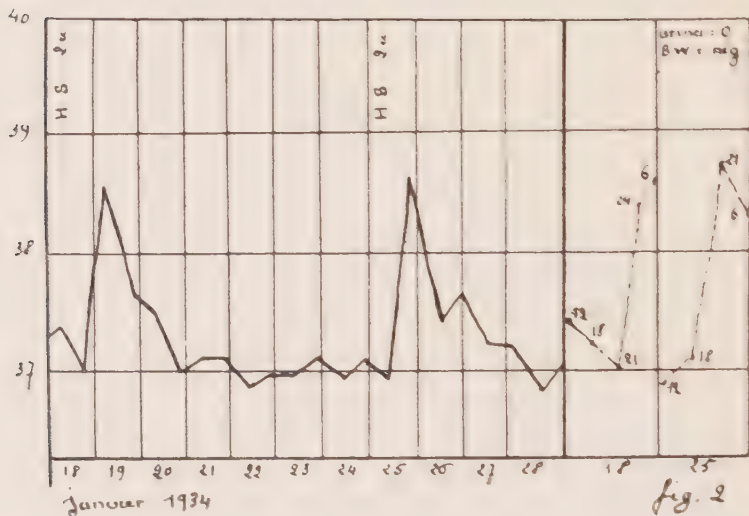
Nous avons pu prendre également la température de ce malade pendant plusieurs jours (fig. 2) et à chacune des deux piqûres elle a été enregistrée assez fréquemment pour donner une impression suffisante du dessin de la courbe le premier jour. On remarquera que la première injection a commencé par donner, semble-t-il, une baisse de près de 5/10 avant d'avoir son action pyrogène : ce fait est assez rare. En général, on voit la courbe, dans les heures qui suivent immédiatement l'injection, ou bien rester sans influence apparente ou bien monter légèrement aussitôt.

Nous avons été à même de suivre ce malade nous-même et nous concluons que l'effet de l'huile soufrée a été particulièrement net, d'abord sur l'élément douleur et aussi sur l'évolution de l'éruption zonateuse elle-même, qui a été abrégée par transformation rapide des éléments éruptifs.

OBSERVATION III.

L'enfant Cul..., 7 ans 1/2, est atteint le 21 novembre 1933 d'un *zona lombaire gauche*. Sa mère le présente à la consul-

tation le 24 novembre, car le petit malade se plaint, contrairement à la règle dans le zona infantile, de douleurs assez vives. On injecte le jour même $3/4$ de cm^3 d'huile soufrée à 1 %. La douleur s'atténue dans la soirée. Elle a complètement disparu le lendemain. Elle ne s'est pas reproduite. La température a atteint $38^{\circ}4$ vingt-quatre heures après l'injection.



OBSERVATION IV.

Mme Flé..., 29 ans, artiste lyrique, consulte le 17 janvier 1934 pour un *zona thoraco-brachial droit* dont le début remonte à 10 jours. Les douleurs, vives depuis le début de l'éruption, sont « affreuses » depuis 2 jours. Elles consistent en lancements, sensation de cuisson. Elles sont peu calmées par l'aspirine et empêchent la malade de dormir.

On injecte le jour même 2 centimètres cubes d'huile soufrée à 1 %. Immédiatement après la piqûre, les douleurs s'exacerbent. Le soulagement n'apparaît que dans la soirée. Le lendemain, l'amélioration progresse et le 19 janvier les sensations douloureuses se réduisent à des picotements et

quelques rares élancements localisés au bras et à la poitrine. On pratique ce jour même une nouvelle injection d'huile soufrée à la même dose, qui soulage encore la malade. Le 22 janvier, quelques douleurs reparaissent à l'angle inférieur de l'omoplate. Ces douleurs diminuent à la suite d'une troisième injection d'huile soufrée. Elles persistent encore le 30 janvier, mais très atténuées.

Il est à retenir dans cette observation la netteté de l'action anti-algique de l'huile soufrée : chacune des trois piqûres a déterminé une diminution brutale et nettement accusée par la malade des sensations douloureuses. Celle-ci a signalé un malaise assez intense le soir et la nuit qui a suivi la deuxième injection. Elle n'a pas pris sa température.

OBSERVATION V.

Mme Pré..., 63 ans, vient consulter le 3 janvier 1934 pour un *zona thoracique supérieur droit* datant de 10 jours. Les douleurs ont atteint leur maximum le 4^e jour de l'éruption. Elles sont maintenant un peu atténuées et consistent en picotements et brûlures superficielles plus marqués aux deux extrémités de l'éruption que dans sa partie moyenne. Le sommeil est possible.

Deux injections d'huile soufrée sont pratiquées le 3 et le 19 janvier (1 cm³ à 1 %, puis 1 cm³ à 2 %). La seconde est fortement pyrétogène (40°). La malade accuse une certaine amélioration, mais les douleurs n'ont pas complètement disparu.

OBSERVATION VI.

Mme Meg..., 38 ans, est atteinte depuis le 29 janvier d'un *zona cervico-occipital* très étendu et très douloureux. Le 2 février, la malade nous dit n'avoir pu dormir depuis le début de l'éruption et souffre toujours horriblement. Ce jour là, nous lui faisons une injection de 2 centimètres cubes d'huile soufrée à 1 %. Il en résulte une réaction fébrile pendant la nuit suivante. C'est le lendemain matin que les douleurs s'atténuent notablement.

La malade peut dormir les nuits suivantes. Le 6 février, elle ne conserve plus qu'une algie occipitale, à raison de laquelle nous pratiquons une seconde injection identique à la première. Revue 2 jours après, la malade déclare ne plus souffrir.

Nous relevons en outre sur l'observation complète le fait que les nouvelles vésicules apparues la veille de la première piqûre se dessèchent rapidement; l'érythème est beaucoup moins marqué deux jours après et la guérison est complète le 10 février.

OBSERVATION VII.

Mme Herm..., lingère, 43 ans, est traitée depuis le 29 janvier 1932 pour un *eczéma des mains et des avant-bras* provoqué par l'eau de Javel. Outre les soins locaux, la malade a reçu des injections d'hyposulfite de soude. En mars 1933, elle a été traitée par l'autohémothérapie. En octobre 1933, une série d'injections d'extrait de rate n'a eu aucun résultat. On emploie alors l'huile soufrée. Une première injection de 1 centimètre cube de la suspension à 1 % élève peu la température (37°9) et détermine un peu de malaise. Le résultat est remarquable : disparition de la rougeur, du suintement,

du prurit. Une seconde injection, pratiquée 3 jours après la première (2 cm³ à 1 %), élève la température à 39°6 et entraîne la disparition complète des lésions.

Nous noterons ici deux choses : la première c'est l'action « remarquable » de la première injection malgré qu'elle n'ait donné pratiquement aucune réaction; la seconde c'est, comme nous l'avons déjà observé précédemment, la réaction fébrile intense accompagnée d'une violente courbature à la suite de la deuxième piqûre qui, il est vrai, était de 2 centimètres cubes.

OBSERVATION VIII.

Mme Lu..., fille de salle, 30 ans, consulte pour un *eczéma professionnel* des mains, des avant-bras et en même temps du décolleté. Les traitements par l'hyposulfite de soude et l'extract de rate se montrent inefficaces. Deux injections d'huile soufrée (2 cm³ à 1 %) pratiquées à une semaine d'intervalle, sont faiblement pyrétogènes et sont suivies d'une amélioration considérable.

OBSERVATION IX.

Mlle Tal..., 19 ans, est traitée depuis le 13 avril 1933 pour un *eczéma* de la nuque, du visage et du creux poplité, sans cause locale avérée. L'extract de rate et l'hyposulfite de soude en injections ne donnent qu'un médiocre résultat. La malade reçoit, à partir du 13 novembre, 5 injections de 1, puis de 2 centimètres cubes d'huile soufrée à 1 %. Les lésions disparaissent complètement peu après la dernière injection.

Les températures enregistrées après chaque piqûre ont été toutes aux environs de 38°5.

OBSERVATION X.

Mme Mon..., 38 ans, est soignée depuis 3 ans pour un *eczéma professionnel* localisé aux mains et aux pieds. L'extrait de rate, l'autohémothérapie, l'hyposulfite de soude ont été employés tour à tour sans succès. Hospitalisée le 15 novembre 1933, la malade reçoit 3 injections d'huile soufrée (2 cm³ à 1 %) à 6 jours d'intervalle. Elle sort guérie le 6 décembre. Mais il faut tenir compte de ce que la malade n'a pas mis les mains à l'eau depuis son entrée à l'hôpital.

Ici, les piqûres furent réellement douloureuses pendant deux à quatre jours. La deuxième injection a donné une poussée à 38°4, suivie d'un assèchement très rapide des lésions. La disparition totale des lésions d'eczéma ne s'était jamais encore produite depuis le début de la maladie.

OBSERVATION XI.

Mme Chau..., 33 ans, est atteinte depuis 1929 d'un *eczéma récidivant* des mains, des avant-bras et du visage avec œdème des paupières. Pour une poussée survenue le 20 septembre 1933, elle a suivi un traitement par extrait de rate et autohémothérapie. Une poussée plus importante apparue le 18 novembre est traitée par 4 injections de 1 centimètre cube d'huile soufrée à 1 %. Amélioration notable, mais rechute constituée par l'apparition de quelques éléments sur le visage et le cou, 9 jours après la 4^e injection.

La malade s'est plainte de frissons le soir de chaque injection.

OBSERVATION XII.

Mme Bell..., 40 ans, ménagère, est atteinte d'*eczéma des mains* et des avant-bras, provoqué par le lavage. Une série d'injections d'hyposulfite ne donne aucun succès. La première injection d'huile soufrée (2 cm³ à 1 %) est inefficace, bien que fortement pyrétogène (la fièvre atteint 40°). La seconde est suivie d'une amélioration nette (température maxima 38°2). La troisième, à dose plus forte (4 cm³ à 1 %), n'amène pas de changement. La malade n'a pu continuer le traitement.

Deux constatations nous viennent à l'esprit :

1°) les injections furent particulièrement pyrétogènes (la dernière a donné 40°2).

2°) la première, avec 40°, n'a eu aucun résultat.

3°) L'utilisation d'une forte dose (4 cm³) n'a pas eu plus d'effet que la première piqûre et a fatigué la malade.

OBSERVATION XIII.

M. Duch..., 70 ans, est hospitalisé pour un *eczéma aigu généralisé* sans cause avérée. Les premières poussées d'eczéma remontent à 1931. Deux injections de 1 centimètre cube d'huile soufrée à 1 % sont inefficaces. Le traitement est abandonné.

OBSERVATION XIV.

M. Chub..., 22 ans, étudiant en droit, est atteint depuis le 11 octobre d'un *eczéma microbien du visage*. En plus d'un traitement antiseptique local, l'autohémothérapie est pratiquée, sans résultat. Trois injections d'huile soufrée (1 cm³ à 1 %) n'amènent aucune amélioration.

OBSERVATION XV.

Mme Lay..., 40 ans, ménagère, est suivie depuis mars 1933 pour des *poussées quotidiennes d'urticaire*. L'éruption est très prurigineuse et généralisée. Le régime, les cholagogues, la peptone, l'autohémothérapie, les rayons ultra-violets n'ont aucune action. En décembre dernier, une première injection d'huile soufrée (1 cm³ à 1 %) supprime l'urticaire pendant 2 jours. Trois autres injections sont pratiquées à la même dose. L'urticaire disparaît pendant 20 jours, puis une nouvelle poussée se produit. Trois nouvelles injections font de nouveau disparaître l'éruption pendant 13 jours. Puis quelques éléments reparaissent à date irrégulière, peu prurigineux. La malade estime que son état a été très amélioré par les piqûres.

Le résultat appréciable obtenu est consolidé par l'accumulation des piqûres : ici, il semble qu'on soit en présence d'un cas où les injections multiples et systématiques sont à conseiller.

OBSERVATION XVI.

Mme Rou..., 38 ans, sans profession, est atteinte depuis 3 mois d'*urticaire d'origine digestive*. Elle a été traitée sans succès par la peptone, la magnésie, le calcium, les ferments lactiques. Deux injections d'huile soufrée sont pratiquées en décembre. La première n'amène aucun résultat. La seconde (2 cm³ à 1 %) détermine une poussée de fièvre à 40° et fait cesser l'urticaire pendant 8 jours. La malade refuse de poursuivre le traitement.

Cette dernière injection a également causé un *endolorissement* local important qui a immobilisé la

malade quelques jours et n'a certainement pas été sans influencer sur sa décision d'arrêter le traitement.

OBSERVATION XVII.

Mlle Koe..., 19 ans, dactylo, fait une poussée d'*urticaire* 2 heures après le repas de midi depuis 2 mois et demi. Insuccès de la peptone, de l'extrait de rate, de l'hyposulfite de soude, de l'insuline. On la traite alors par l'huile soufrée (1 cm³ à 1 %). La seconde injection détermine de l'œdème du visage. La troisième est suivie d'une grande amélioration. Une semaine plus tard, la guérison est complète.

Les maximums de fièvre enregistrés ont été de 39° et 39°6.

OBSERVATION XVIII.

Mme Elz..., 30 ans, couturière, vient consulter le 9 décembre 1933 pour un *urticaire généralisé* consécutif à l'ingestion de poisson. Deux injections d'huile soufrée (1 cm³ à 1 %) sont pratiquées à 4 jours d'intervalle. L'amélioration est nette. Cependant quelques éléments apparaissent encore, 2 heures après le repas, sur le visage et les membres. La maladie est perdue de vue.

La deuxième injection donne une réaction générale intense avec fièvre et réaction locale importante, qui la laisse assez fatiguée pendant plusieurs jours.

OBSERVATION XIX.

M. Pet..., 76 ans, présente depuis 15 jours du *prurit sine materia* des membres inférieurs et de l'abdomen. Le prurit

est violent et cause de l'insomnie. Urée sanguine : 0 gr. 31. Le malade est traité sans succès par des bains sulfureux et l'extrait de rate. Il reçoit ensuite une injection d'huile soufrée (1 cm³ à 2 %). Le prurit diminue notablement, le sommeil est tranquille. Une seconde injection entraîne la disparition presque complète des démangeaisons.

OBSERVATION XX.

M. Man..., 59 ans, employé de chemin de fer, présente des *eczémateuses réticulées* du tronc et des membres supérieurs et un prurit généralisé. Urée sanguine : 0 gr. 56. Glycémie : 1 gr. 96. Pas de sucre dans les urines. Echec de l'extrait de rate. A reçu, du 12 décembre 1933 au 16 janvier 1934, 7 injections d'huile soufrée (1 cm³ à 2 %). Le prurit a diminué progressivement. Il est aujourd'hui complètement disparu. Urée sanguine : 0 gr. 43 le 23 janvier 1934.

OBSERVATION XXI.

M. Cost..., 33 ans, dessinateur, est atteint de *prurigo diathésique*. Le début remonte à l'enfance. Les lésions prédominent au visage, s'accompagnant d'adénopathies. Deux injections d'huile soufrée (1 cm³ à 1 %) sont restées sans résultat.

OBSERVATION XXII.

M. Maur..., 20 ans, est hospitalisé depuis plusieurs années pour *prurigo de Hebra*. Le sujet a reçu 6 injections d'huile soufrée à dose progressive (de 1 cm³ à 1 % jusqu'à 3 cm³ à 2 %). Les réactions thermiques ont été irrégulières (38° à 40°). Après cette série, le malade a accusé une amélioration manifeste. Les poussées ont disparu sur les bras et les cuisses. Il persiste quelques éléments sur les jambes. Le ma-

lade, qui a une grande expérience des traitements par le choc, déclare que l'huile soufrée est un des meilleurs qu'il ait reçus.

La première huile soufrée fut sans résultat et d'ailleurs sans effet thermique. L'amélioration n'a commencé à se manifester qu'à partir de la troisième piqûre, pour se maintenir ensuite assez longtemps; résultat, qui, comparé à l'effet beaucoup plus passager des autres traitements essayés auparavant, doit être tenu pour très appréciable.

OBSERVATION XXIII.

M. Le B..., 50 ans, boucher, est hospitalisé depuis le 9 octobre 1933 pour une érythrodermie généralisée, vraisemblablement streptococcique, dont le début remonte au mois d'avril 1933. Outre les antiseptiques locaux, l'huile soufrée a été utilisée du 20 au 30 octobre et du 12 au 23 novembre. Les injections étaient faites tous les deux jours à la dose de 1 à 3 centimètres cubes de la suspension à 1 %. L'élévation thermique, inconstante, n'a jamais dépassé 38°5. Sous l'influence de l'huile soufrée, le suintement et le prurit ont diminué légèrement, mais le traitement a dû être interrompu par suite de la diarrhée provoquée par les injections.

II

OBSERVATIONS INEDITES

Nous présentons ci-après, brièvement résumées, les observation de 8 cas de zona, 6 cas d'eczéma divers, 2 de prurit, 2 d'érythème ortié, et quelques affections diverses (acné, herpès, lichen, etc.) traités également par l'huile soufrée.

Nous y ajoutons 4 cas de maladie de Nicolas-Favre qui nous ont paru dignes d'intérêt.

1°) Zonas.

OBSERVATION XXIV.

M. Sim..., 61 ans, est atteint depuis huit jours d'un *zona cervico-brachial* gauche, avec cuisson intolérable.

On lui fait le 25 avril 1934, 1 centimètre cube d'huile soufrée à 2 %; puis une autre injection deux jours après, toutes deux supportées difficilement.

Ce n'est qu'après celle-ci que l'amélioration escomptée s'est faite sentir. Il subsistait quelques jours plus tard un peu de prurit, sans aucune sensation douloureuse.

On fait une troisième injection et on revoit le malade le 26 mai qui n'a eu aucune récurrence douloureuse et se considère comme guéri.

OBSERVATION XXV.

M. Hin..., 54 ans, atteint de zona thoracique inférieur droit il y a 3 mois, continue à souffrir.

Il reçoit deux piqûres de 1 centimètre cube à 1 % d'huile soufrée, dont la seconde a été suivie de frissons intenses, température à 40° et courbatures. Elles n'ont pas modifié le cours de ces *algies post-zonateuses* qui n'avaient auparavant cédé non plus à aucun autre traitement.

C'est le seul, parmi nos cas de zona, où nous avons eu l'occasion d'essayer l'action de l'huile soufrée sur un élément douloureux permanent persistant isolément après la fin de la maladie cutanée.

Nous devons malheureusement reconnaître l'inefficacité totale de la méthode, encore qu'on ait eu à constater des réactions de choc très nettes.

Nous restons persuadés que, si l'on considère l'heureuse influence dans la plupart de nos observations de zona sur les douleurs, il serait intéressant de reprendre cette expérience sur des cas analogues à celui-ci.

OBSERVATION XXVI.

Mme Fre..., 63 ans, consulte le 8 janvier 1934 pour un *zona thoracique droit* datant de 10 jours, avec picotements douloureux aux deux extrémités, antérieure et postérieure de l'éruption. Il n'y a pas d'insomnie. La douleur plus vive au début a spontanément régressé.

Le 8 janvier, une injection d'huile soufrée de 1 centimètre cube à 1 % est faite, qui détermine pendant près d'une semaine un malaise général avec température entre 38° et 38°5 pendant plusieurs jours.

Le 19 janvier, nouvelle piqûre de 1 centimètre cube, à 2 % cette fois, qui donne une douleur très vive à la fesse, entraînant l'insomnie avec température à 40°2.

On arrête ce traitement.

Mais deux jours après, toute douleur disparaît, sans récédive, et la guérison complète est rapide.

Voilà un des rares cas où l'huile soufrée n'a réellement pas été supportée, la première piqûre n'a pas donné de réaction immédiate comme c'est le cas général, mais a fatigué la malade inutilement d'une façon durable; la seconde, au contraire, très pyrétogène (40°2) fut plus active.

OBSERVATION XXVII.

M. Cha..., 62 ans, nous montre le 6 octobre 1933 un magnifique *zona intercostal très étendu*, bourré de vésicules et accompagné de douleurs supportables.

Le 6 octobre il a reçu sa première injection (1 cm³ à 1 %) à 10 heures du matin; au milieu de l'après-midi, disparition totale des algies, qui toutefois reprennent le lendemain.

On fait alors plusieurs piqûres rapprochées d'huile soufrée à la même dose, la deuxième donne 38°8 le soir et un certain malaise le lendemain; mais à partir de la troisième, l'amélioration s'accuse, et se maintient une semaine avec seulement des sensations douloureuses à rythme irrégulier.

Le zona ne semble pas avoir subi une influence favorable quelconque. D'ailleurs, nous revoyons le malade un peu plus tard et ses sensations douloureuses sont encore assez fortes, nous obligeant à envisager un autre traitement.

OBSERVATION XXVIII.

M. Sau..., 40 ans, nous consulte pour un *zona brachial* le 6 octobre 1933 qui est apparu il y a une dizaine de jours, d'ailleurs en voie d'amélioration spontanée.

Mais il se plaint surtout de douleurs atroces, avec céphalée, qui l'empêchent de reprendre son travail.

Une seule piqûre d'huile soufrée donne 6 heures après une amélioration nette des algies, qui s'accroît le lendemain jusqu'à disparition complète de celles-ci trois jours après.

OBSERVATION XXIX.

M. Che..., 45 ans, ajusteur, nous montre le 14 février 1934 une éruption de *zona typique* étendu de la fesse à la partie antéro-externe de la cuisse, accompagné d'une adénite inguinale importante, avec douleurs névralgiques intenses irradiant jusqu'au mollet. En outre un prurit du bras homonyme (lésions de grattage) apparu en même temps que le *zona*.

Le 14 février, il reçoit 1 centimètre cube d'huile soufrée à 2 %; température le soir même à 38°. La douleur a diminué légèrement deux jours après seulement. Puis apparaissent quelques selles diarrhéiques.

On ne refait pas d'autre piqûre. Malgré tout, le *zona* lui-même s'est très amélioré : les vésicules se sont desséchées en 48 heures et les douleurs ne sont pas réapparues.

OBSERVATION XXX.

M. Mor..., 61 ans, vient le 9 mars 1934 avec un *zona de la cuisse et de la jambe* (face interne), précédé d'algies à type sciatique, qui persistent.

Soulagé par une piqûre d'huile soufrée pendant 48 heures, les douleurs sont revenues quoique moins fortes. On fait une nouvelle injection : les jours suivants celles-ci sont intermittentes et ambulatoires.

Nous ne revoyons pas le malade.

OBSERVATION XXXI.

Mme Gre..., 63 ans, sans profession, est atteinte d'un *zona thoracique supérieur* droit depuis une semaine. Les douleurs furent très vives le quatrième jour et ont légèrement diminué depuis, persistant cependant d'une façon permanente aux extrémités de l'arc éruptif.

Le 3 janvier 1934 on pratique une injection de 1 centimètre cube d'huile soufrée à 1 %, qui ne détermine ni réaction de choc ni modification thérapeutique.

Le 19 janvier, la malade vient nous revoir, on refait une nouvelle piqûre. Cette fois, température à 40° suivie d'abattement marqué. Les algies ont fortement diminuées et sont devenues intermittentes.

Nous ne revoyons pas la malade.

2°) *Eczémas.*

OBSERVATION XXXII.

M. Jou..., est hospitalisé le 6 septembre 1933 pour un *eczéma* à topographie multiple, prédominant aux membres inférieurs. Soigné d'abord sans succès par des injections intramusculaires de lait, il reçoit une injection d'huile soufrée le 3 octobre, la température monte le soir à 9 heures à 39°8. Le résultat est immédiat : la démangeaison disparaît dès le lendemain et après une nouvelle piqûre, le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXIII.

M. Chi..., 30 ans, employé, est porteur depuis peu de temps d'un *eczéma aigu suintant* et infecté des membres supérieurs, du visage et des plis. (B. W. négatif).

Le 14 juin, il reçoit 1/2 cm³ seulement à 1 %, l'irritation intense de la peau nous faisant craindre une réaction trop violente. En outre, crème d'Alibour, pulvérisations, etc.

Le 21 et le 28 deux autres piqûres de 1 centimètre cube à 1 % sont pratiquées; cette dernière l'a obligé à garder le lit deux jours à cause des réactions générales et locales assez marquées. (Température à 40° qui retombe d'ailleurs aussitôt).

L'amélioration ne fait aucun doute : elle débute après la troisième huile soufrée pour se continuer régulièrement, portant surtout sur l'aspect des lésions qui rétrocedent rapidement, au visage principalement.

Après une semaine, assèchement total et disparition de l'irritation.

Mais il subsiste du prurit et, par la suite, il ne semble pas que l'amélioration se soit maintenue entière.

Dans ce cas, la troisième piqûre seule a déterminé une forte réaction et c'est à partir de ce moment seulement que l'amélioration qui a surtout porté sur les caractères particuliers de cet *eczéma* (suintement et irritation), s'est dessinée.

OBSERVATION XXXIV.

M. Ric..., 31 ans, nous consulte pour une *éruption érythémato-vésiculeuse* du type *eczéma*, durant depuis de nombreuses années et, ayant passé par des alternatives d'amélioration et de rechute sous l'influence des traitements les plus divers.

L'aspect du visage est suintant.

L'influence favorable du régime alimentaire ne paraît pas niabile.

Il reçoit 2 piqûres d'huile soufrée de 1 centimètre cube à 2 % : vive douleur à la fesse pour chacune d'elles. Amélioration considérable dès la 2^e piqûre consistant en disparition du suintement, du prurit sur les membres inférieurs et des lésions elles-mêmes qui rétrocedent en divers endroits la semaine suivante.

Le malade partant en voyage, nous ne pouvons le suivre plus longtemps.

3°) *Prurits et prurigos.*

OBSERVATION XXXV.

Mlle Gar..., 21 ans, dactylo, nous consulte le 17 février 1934 pour un prurit localisé aux membres inférieurs (lésions de grattage). On élimine la parasitose. Traitée d'abord à l'hyposulfite de soude, elle reçoit ensuite après une nouvelle poussée, le 26 avril, 1 centimètre cube d'huile soufrée à 1 %. Douze heures après, réaction fébrile intense avec frissons, claquement de dents, durant toute la nuit. Le lendemain matin, température à 38°. Douleur locale atténuée.

Aucune amélioration.

On refait 1 centimètre cube à 1 % le 3 mai, mieux supportée (maximum 37°8) et une autre piqûre le 7 mai de 1 centimètre cube également.

Dans l'ensemble, on constate un échec total.

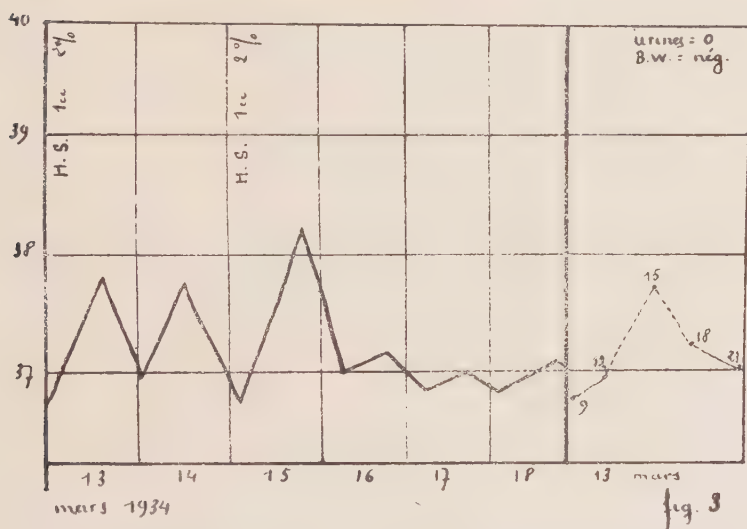
OBSERVATION XXXVI.

M. Ma..., Jean, 70 ans, nous consulte le 24 février 1934, présentant sur tout le corps de nombreuses lésions de grat-

tage, atteint d'un *prurit* violent consécutif à une pédiculose traitée auparavant par des bains sulfureux et avant laquelle il avait eu déjà à se plaindre de prurit.

Un traitement par désensibilisation à l'hyposulfite intra-veineux à 20 % associé à des applications ichtyolées ne donne pratiquement aucune amélioration.

Il entre à la salle Quinquaud (n° 18) le 13 mars 1934 : il reçoit le jour même 1 centimètre cube de Sulfosine à 2 %, ce qui détermine passagèrement une augmentation des démangeaisons.



Une deuxième injection identique deux jours après ne semble pas donner de résultat immédiat, mais le malade que nous revoyons quinze jours plus tard a constaté une disparition totale du prurit aux membres inférieurs et une atténuation sensible par ailleurs.

La réaction locale fut à peu près nulle. (Cf. courbe thermique, fig. 3).

Cette observation est intéressante, d'abord parce que nous avons pu suivre la courbe thermique d'as-

sez près comme le montre le graphique : le jour de la première injection faite à 9 heures, nous avons pris la température de 3 en 3 heures et nous avons constaté que l'acmé se manifestait 6 heures après à 37°8 pour redescendre ensuite régulièrement jusqu'à 37°. Le jour de la deuxième piqûre, elle est montée à 38°3, environ 8 heures après, pour redescendre à la normale dès le lendemain et s'y maintenir ensuite.

En outre, encore que l'on puisse trouver une cause précise à la crise actuelle — lésions d'origine parasitaire — on remarquera que depuis plusieurs années déjà le malade se plaignait de crises intermittentes de prurit sine materia, le sujet vivant habituellement dans de très bonnes conditions d'hygiène.

Si l'on ne peut parler de guérison, l'amélioration incontestable notée par le malade nous a paru digne d'être prise en considération.

OBSERVATION XXXVII.

M. Stau..., 18 ans, se présente le 10 mai 1934 avec un *prurigo de Hebra* récidivant, avec poussées annuelles, remontant à l'âge de 8 ans.

La poussée actuelle date de 3 semaines, est très prurigineuse, surtout la nuit. Nombreuses lésions de grattage et placards lichénifiés. Peau très pigmentée.

Il a eu l'occasion de noter l'action favorable, mais éphémère, de l'autohémothérapie et du Dmélcos.

Traité par cinq injections à deux jours d'intervalle d'huile soufrée de 1 à 3 centimètres cubes, avec fièvre entre 38° et 40° redescendant le lendemain de chaque piqûre; ce trai-

tement a donné aussitôt la deuxième une diminution nette des démangeaisons qui a été ensuite jusqu'à leur disparition complète. Les lésions sont moins rouges, moins infiltrées le 25 mai.

L'amélioration, sans être nettement supérieure à celle des traitements précédents, a le mérite d'avoir été beaucoup plus rapide.

4° *Erythèmes ortiés.*

OBSERVATION XXXVIII.

M. Mag..., 62 ans, se présente avec un *érythème ortié* prédominant au visage et au thorax, apparu 2 jours après ingestion de hareng (20 octobre 1933). Trois piqûres intra-veineuses d'hyposulfite de soude ne le modifient en aucune façon.

On fait le 2 novembre, 1 centimètre cube d'huile soufrée : le lendemain soir, apparition d'un exanthème purpurique des jambes qui dure jusqu'au 7 novembre.

L'érythème ne s'est pas amélioré.

On ne reprend pas le traitement.

OBSERVATION XXXIX.

M. Gro..., 27 ans, employé, après avoir reçu, pour un *érythème ortié*, une série d'injections d'hyposulfite de soude, qui l'ont légèrement amélioré, est mis le 28 janvier 1934 à l'huile soufrée : il a eu quatre piqûres à intervalle de deux à trois jours, assez bien supportées, sauf la seconde qui a provoqué une poussée de fièvre et une assez forte douleur locale.

L'éruption a d'abord augmenté d'étendue 2 heures après

cette seconde injection, puis a disparu entièrement dès la troisième, pour réapparaître après la dernière d'une façon intermittente sur les épaules, les avant-bras, les cuisses.

Une semaine après, le malade ne s'estimait pas soulagé, l'érythème s'étant reproduit à nouveau.

La maladie a ici subi incontestablement l'influence de l'huile soufrée qui en a modifié la manifestation dans des sens divers, mais on ne peut parler d'amélioration; les traitements par le choc, antérieurement essayés, avaient entraîné des constatations analogues.

5°) *Dermatoses diverses.*

OBSERVATION XL.

M. Cou..., 14 ans, est admis le 21 octobre 1933 pour une *dermite* vraisemblablement *streptococcique* très étendue, intéressant les membres supérieurs principalement, ayant débuté au pli axillaire, très prurigineuse et suintante.

Malgré les applications locales faites jusqu'ici, la maladie s'est développée.

On institue un traitement avec une pommade à l'oxyde jaune et à l'ichtyol et on pratique une injection soufrée de 1 centimètre cube le 21 octobre. Le résultat est immédiat : les lésions sèchent en 48 heures, l'irritation disparaît, les vésicules donnent de petites squames qui tombent et laissent un tégument cicatrisé; le prurit a disparu.

Le malade sort au bout d'une semaine presque guéri.

Mais nous le revoyons le 6 novembre suivant avec une nouvelle poussée intense datant de 24 heures et atteignant aussi les membres inférieurs.

On lui fait 4 injections rapprochées d'huile soufrée de 1 centimètre cube à 1 %, sans amélioration notable.

Le traitement arrive un mois après à la guérison par des applications purement externes.

Dans ce cas, la première injection qui a d'ailleurs donné une poussée thermique à 39° immédiate (4 heures après) a produit un résultat certain, mais qui ne s'est pas maintenu.

Malgré la reprise des piqûres par la suite, qui n'ont déterminé aucune réaction notable, l'action de l'huile soufrée paraît, comme dans un certain nombre d'autres cas d'ailleurs, incertaine et irrégulière.

Il est en outre à noter qu'une seule injection avait eu un effet thérapeutique incontestable, bien que passager, et qu'une série de 4 injections rapprochées n'ont eu aucune espèce d'influence.

OBSERVATION XLI.

M. Mau..., 52 ans, est depuis 2 mois atteint d'*œdème de Quinke* touchant tantôt les lèvres, tantôt les paupières, parfois le scrotum, avec un prurit marqué.

Il reçoit le 31 janvier 1934, 1 centimètre cube d'huile soufrée à 2 %. Grosse réaction locale qui s'atténue seulement au bout de 6 jours et une température à 38°8 le soir de la piqûre.

Nous le revoyons dix jours après : aucune manifestation n'était apparue depuis l'introduction d'huile soufrée. Le malade refuse de poursuivre ce traitement.

OBSERVATION XLII.

Mlle Men..., 26 ans, dactylo, a, depuis août 1932, au-dessus de l'ombilic, une masse adhérente en profondeur, non douloureuse.

La biopsie caractérise une *sclérodermie* avec infiltrat dermique très fourni.

On pratique d'abord 12 séances d'ionisation sans résultat, puis 12 piqûres d'autohémocrinothérapie sans succès. La lésion s'agrandit.

Le dosage calcique montre 109 mmgr.

Le B. W. est négatif.

La radiothérapie est essayée.

Enfin, en février 1934, on fait 16 injections d'huile soufrée, dans l'ensemble à peu près bien supportées qui ne donnent rien non plus.

OBSERVATION XLIII.

Mme Lec..., 34 ans, ménagère, que nous suivons par intermittence depuis plusieurs mois, est soignée pour un *lichen plan* caractérisé par de multiples éléments papuleux nacrés, nombreux et disséminés, siégeant de préférence aux flancs. sur les membres inférieurs et dans la région dorsale, évoluant par poussées.

Traitée favorablement au début par le Sulfarsénol, ce lichen s'est ensuite montré rebelle à diverses médications.

A la suite d'une poussée récente et particulièrement intense, on essaie l'huile soufrée.

Le 23 janvier 1934, elle reçoit 1 centimètre cube à 2 % : 14 heures après, température à 39° avec céphalée en casque. Le lendemain la malade se sent très bien.

Le 30 janvier, nouvelle piqûre d'huile soufrée sans réaction notable.

L'éruption est beaucoup plus discrète, moins saillante.

Le 6 février : troisième injection de 1 centimètre à 2 %.

Le 13 février, l'éruption est presque effacée, sauf quelques éléments infiltrés qui subsistent çà et là.

Le 10 mars, quatrième huile soufrée (1 cm³).

Nous ne revoyons pas la malade.

Il semble que l'huile soufrée se soit montrée ici nettement supérieure aux autres médications utilisées jusqu'à ce moment et qui s'étaient montrées (sauf le Sulfarsénol) à peu près inefficaces. Il eut été intéressant de connaître si cette action favorable s'est maintenue après la cessation des piqûres.

OBSERVATION XLIV.

M. Rou..., 17 ans, vient nous consulter le 18 mai 1934 pour des *verruës vulgaires* de la main, présentant un aspect corné. Une série d'autohémothérapie faite ailleurs n'avait rien donné.

A tout hasard, nous essayons deux piqûres d'huile soufrée de 1 centimètre cube et de 2 centimètres cubes à 1 % sans autre résultat qu'une grosse réaction locale.

OBSERVATION XLV.

M. Vin..., 40 ans, gardien de la Paix, présente depuis décembre 1933 un *herpès récidivant* de la verge avec adénopathie inguinale légère, pour lequel il n'a pas encore été soigné.

19 avril 1934 : 1 centimètre cube à 2 % d'huile soufrée, bien supportée.

23 avril : 1 centimètre cube à 2 %, grosse élévation thermique à 39°8.

L'herpès a disparu pendant deux semaines et demi.

Nous n'avons pas été à même de suivre le malade par la suite.

OBSERVATION XLVI.

M. Gen..., 18 ans, employé, est atteint d'*acné polymorphe* de la face et du tronc depuis 6 ans.

En même temps, qu'un traitement local à l'alcool iodé, on lui fait du 23 octobre au 20 novembre 1933 quatre injections ayant donné toutes, sauf la première, une vive cuisson à la fesse et un malaise avec abattement pendant deux jours après chaque piqûre.

Mais le malade ne regrette pas ces ennuis, car fin novembre l'amélioration est voisine de la guérison : il ne reste presque pas d'anciens éléments et aucune nouvelle poussée n'est survenue.

Quelques éléments discrets subsistent çà et là sur les épaules : on les traite ensuite par la lotion soufrée jusqu'à disparition complète.

Ici l'on peut presque parler de guérison si l'on veut bien noter la difficulté qu'on a à venir à bout de ces sortes de dermatoses, surtout en un temps aussi court. Le malade reconnaît lui-même qu'aucun des traitements essayés jusqu'ici ne lui avaient apporté pareille satisfaction.

Nous regrettons de n'avoir pas d'autres observations de ce genre de cas à présenter.

6°) *Maladies de Nicolas-Favre.*

OBSERVATION XLVII.

M. Vie..., 28 ans, garçon de café, est atteint d'une adénite inguinale en placard depuis un mois, qui présente les ca-

ractéristiques de la *maladie de Nicolas-Favre*. L'intradermo-réaction de Frei est fortement positive.

Nous ne présenterons pas les différentes modifications cliniques survenues au cours du traitement; nous allons nous borner à le préciser et à en indiquer les résultats.

Nous essayons un traitement par l'huile soufrée : le malade reçoit du 11 novembre 1933 au 17 janvier 1934, dix injections à 1 % de 1 à 2 centimètres cubes et demi, à doses progressives; ces piqûres ont été pratiquées en deux groupes avec un temps d'arrêt de deux semaines en décembre.

Pendant cette période d'arrêt, après une aggravation légère au début (apparition de douleurs dans l'aîne, écoulement abondant), il y a eu amélioration notable, les dimensions de l'adénite s'étant réduites d'un tiers, l'adhérence ayant fortement diminué, le pertuis central s'étant fermé. Mais par la suite et malgré la reprise du traitement soufré avec cinq piqûres nouvelles, on se retrouvait à la fin dans des conditions sensiblement équivalentes à celles où le malade était en arrivant : la masse s'est de nouveau agrandie, est devenue très inflammatoire.

Dans l'ensemble, action thérapeutique locale, ayant passé par des alternatives d'amélioration et d'aggravation : au total, l'huile soufrée paraît ici avoir échoué. Elle a d'ailleurs été assez mal supportée par le malade, surtout à la fin, qui a eu fréquemment des nausées, une sorte d'abattement de plusieurs jours après chaque piqûre, dont la manifestation thermique a été fréquemment voisine de 39°, mais tardive, survenant 24 heures après ou même plus.

OBSERVATION XLVIII.

M. Su... Noël, 24 ans, employé de commerce entre à la salle Rayer (n° 7) le 25 octobre 1933 pour une tuméfaction inguinale droite datant de 2 mois. A déjà été soigné à Cochinchine par des injections de Dmelcos qui ont donné jusqu'à 41° de fièvre; malgré quoi la masse ganglionnaire a continué d'augmenter de volume, occupant les deux tiers internes de la région inguinale et présentant deux petites fistules, masse de 6 cm. sur 10 cm., très dure, adhérente aux plans superficiels et profonds, accompagnée de périadénite et de ganglions iliaques profonds. Le Frei est positif. On porte le diagnostic de *maladie de Nicolas-Favre*.

Le 10 novembre 1933 : injection d'huile soufrée 1 centimètre cube le matin, qui donne 38°3 le lendemain matin. L'écoulement est abondant par plusieurs pertuis.

Le 14 novembre : deuxième huile soufrée de 1 centimètre cube également. Donne 38° le soir à 18 heures : la douleur augmente passagèrement pour s'atténuer le lendemain, où on note un affaissement net de la masse.

Le 17 novembre : troisième piqûre d'huile soufrée de 2 centimètres cubes, la température monte à 39°2 au milieu de la nuit suivante, la douleur au point d'injection est marquée et on enregistre quelques vomissements dans la journée du lendemain.

A l'examen, la masse continue de s'affaïsser, l'adhérence à la peau diminue. Par contre, une petite réaction ganglionnaire du côté opposé se manifeste.

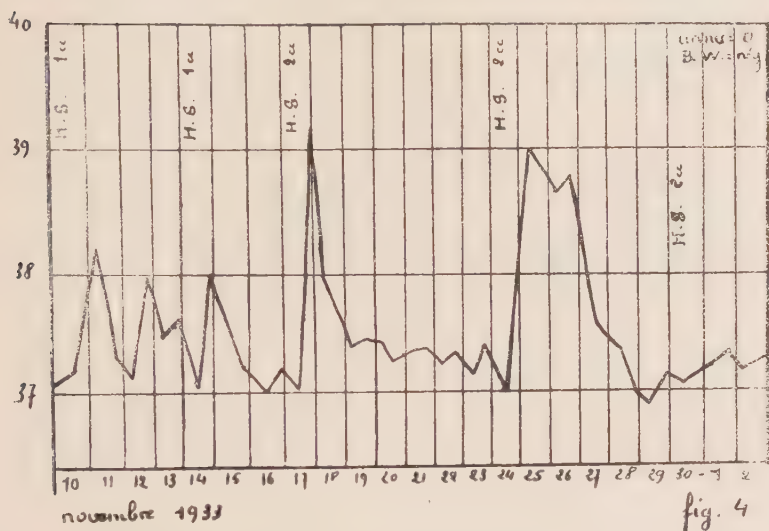
On attend le 24 novembre pour reprendre les piqûres : on fait 2 centimètres cubes à 1 %. Le lendemain dans la journée, grosse réaction générale (frissons, courbature, vomissements) avec température à 39° redescendant d'ailleurs le lendemain soir à 37°8.

Deux jours après le suintement a disparu, les fistules sont fermées, la masse ganglionnaire n'a plus que 2 cm. sur 4 cm. et n'est plus douloureuse.

Le 30 : cinquième huile soufrée, 2 centimètres cubes à

2 %, qui ne donne qu'une réaction moyenne (température maxima 38°8). La courbe thermique se stabilise ensuite entre 37° et 37°6 les jours suivants et le malade est seulement un peu fatigué.

La guérison est à peu près complète le 3 décembre.



L'intérêt de cette observation réside dans la relation évidente entre les différentes injections et l'amélioration de l'état local qui a procédé en quelque sorte par paliers succédant immédiatement à chacune des injections, sans aggravation consécutive.

On notera, en outre, que la troisième et la quatrième, sur cinq piqûres, furent celles qui ont donné le plus de réaction, tant générales que thermiques.

On pourra suivre la courbe de la température, qui est assez instructive sur la fig. 4.

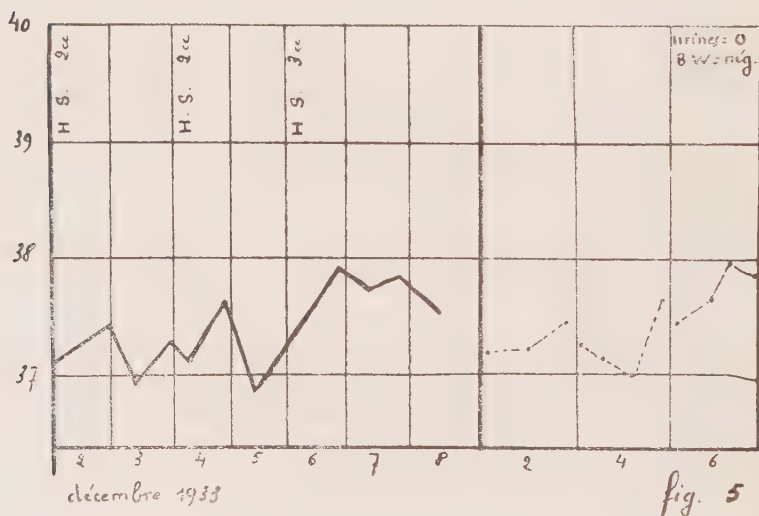
OBSERVATION XLIX.

M. Fav..., 30 ans, chauffeur, entre le 29 novembre 1933 (salle Quinquaud n° 17) atteint d'une tuméfaction de l'aîne droite datant de 15 jours. On porte le diagnostic de *Maladie de Nicolas-Favre*.

Le 7 décembre 1933 on le traite d'emblée par l'huile soufrée. Il reçoit, chacune à deux jours d'intervalle, trois piqûres, les deux premières de 2 centimètres cubes, la troisième de 3 centimètres cubes. Les deux premières à peu près supportées, il n'en a pas été de même de la dernière qui a provoqué une très grosse réaction locale laquelle a persisté une semaine, ce qui a entraîné l'interruption de ce traitement.

Les réactions thermiques furent négligeables (la plus haute température fut de 37° 9).

L'action de l'huile soufrée fut absolument sans effet sur l'évolution de la maladie qui ne s'est améliorée qu'après 13 injections d'antimoine. (cf. la courbe thermique fig. 5).



Nous voyons qu'ici le malade n'a pratiquement pas réagi du point de vue thermique à l'injection de **trois** doses de 2 et 3 centimètres cubes rapprochées. Malgré tout sa température tend à s'élever progressivement. Il n'y a pas pyrétothérapie, mais fatigue.

Le sujet était d'ailleurs assez frêle.

OBSERVATION L.

M. Joy..., 22 ans, garçon de restaurant, entre dans le service le 16 novembre 1933 pour une *maladie de Nicolas-Favre* dont le début est fixée par le malade à 12 jours. Intra-dermo-réaction de Frei positive.

Il présente à gauche une masse ganglionnaire volumineuse principale siégeant dans la moitié interne du pli inguinal, dure et très douloureuse, très adhérente et d'aspect inflammatoire; à côté 2 ou 3 ganglions agglomérés. A droite, un énorme ganglion dur, indolore, siégeant au tiers moyen de l'arcade, adhérent en profondeur, la peau se laissant plisser, d'environ 6 cm sur 5 cm.

A noter, une érosion de la verge de 2 mm., propre, ne suintant pas, datant de 15 jours.

C'est dans ces conditions que nous le mettons à l'huile soufrée le 17 novembre par 1 centimètre cube à 1 %. La température monte en 9 heures à 38°1 et y reste en plateau pendant 12 heures.

A ce moment l'érosion de la verge a disparu.

Pas de modification ganglionnaire.

Le 20 novembre, deux huiles soufrées de 1 centimètre cube 1/2 à 2 %. Température à 39°8 à minuit, avec vive douleur au point d'injection. Le lendemain l'aspect inflammatoire du côté gauche a nettement diminué et la menace de fistulisation paraît écartée. A droite, le gros ganglion a fortement diminué de volume (5 cm. sur 3 cm.)

Le 24 novembre, trois injections d'huile soufrée de 2 cm.

cubes à 2 %. Température à 37°5. Pas de modifications cliniques.

Le 28 novembre, quatrième huile soufrée 2 centimètres cubes. Température à 39° (la courbe thermique manifeste plusieurs hésitations au cours de sa défervescence).

L'amélioration devient très appréciable : à gauche, affaissement du placard ganglionnaire avec dissociation des ganglions, mais persistance de ganglions rétro-cruraux. A droite, le ganglion unique devient négligeable et est parfaitement libre.

Le 4 décembre : cinquième piqûre de 2 centimètres cubes (le lendemain matin, température à 38°6).

Le 11 et le 15 décembre : sixième et septième injection d'huile soufrée à la même dose.

L'amélioration est considérable : les ganglions sont petits, mobiles, sans périadénite, indolores et l'adénite rétro-curale a disparu.

Le malade sort guéri le 25 décembre.

RESULTATS

Il faut être extrêmement prudent pour essayer de schématiser et d'interpréter aussi impartialement que possible les résultats que nous fournit la lecture de ces observations, et ce en raison de la diversité des cas étudiés, dont un certain nombre ne sont représentés que par l'unité.

Aussi bien, nous n'avons voulu, en apportant ces précisions chiffrées, que fixer les impressions générales.

Nous classerons d'abord nos maladies en quatre catégories représentant le succès thérapeutique, puis les considérerons ensuite séparément d'après le nombre de cas étudiés pour chacune d'elles.

Sur nos cinquante observations, nous retiendrons donc :

a) *Cas de guérison ou amélioration durable* . . 14

Nous noterons six cas de zona (obs. 1, 2, 3, 6, 24, 28). Une remarque immédiate s'impose à propos des zonas : d'une façon générale, l'huile soufrée a d'abord et surtout soulagé ces malades et bien souvent les a soulagés définitivement.

Les cas de zona que nous classons donc, un peu artificiellement peut être, parmi les « guérison »,

ressortissent à une action extrêmement nette et définitive sur les douleurs.

Trois cas d'eczéma (Obs. 7, 10, 32). Nous avons eu l'occasion de revoir ces trois malades quelques mois après et l'amélioration constatée s'était maintenue entière. Il s'agissait de deux eczémas professionnels (dits des beanchisseuses) et bien que ces malades aient remis ensuite leurs mains à l'eau, aucune récurrence n'était apparue lorsque nous les revîmes. Le troisième était un eczéma microbien.

Deux maladies de Nicolas-Favre (obs. 48, 50), un cas d'urticaire (obs. 17), un cas de prurit (obs. 20), un cas d'acné polymorphe (obs. 46).

b) *Cas d'amélioration importante* 13

C'est-à-dire amélioration qui a persisté longtemps ou bien dont la durée, bien que moindre, est tout de même très appréciable si l'on est en présence d'un cas rebelle à toute thérapeutique ou si le soulagement apporté aux caractères particuliers de l'affection est tenu pour un très heureux résultat.

Dans cette catégorie, nous placerons trois cas de zona (obs. 4, 26, 29); trois cas d'eczéma (obs. 8, 9, 34); deux de prurigo (obs. 22, 37); deux de prurit (obs. 19, 36); un lichen plan (obs. 43); un cas d'herpès (obs. 45); un cas d'urticaire (obs. 15).

c) *Cas d'action passagère* 13

Dans lesquels, si l'amélioration éphémère ou très peu marquée d'une injection a pu être notée, on peut

néanmoins dire qu'ils n'ont pas réagi favorablement au traitement.

Relevons ainsi quatre zonas (obs. 5, 27, 30, 31); trois eczémas (obs. 11, 12, 33); deux cas d'urticaire (obs. 16, 18); un cas d'érythème ortié (obs. 39); une érythrodermie (obs. 23); une dermite streptococcique (obs. 40); un cas d'œdème de Quincke (obs. 41).

d) *Cas d'échec* 10

° Nous y trouvons deux cas d'eczéma (obs. 13, 14); deux maladies de Nicolas-Favre (obs. 47, 49); un seul zona (obs. 25); un prurit (obs. 35); un prurigo (obs. 21); un cas d'érythème ortié (obs. 38); une sclérodermie (obs. 42); et un cas de verrues (obs. 44).

Si l'on tient à chiffrer l'ensemble de ces résultats plus clairement, on peut en groupant les deux premières catégories d'une part (intérêt thérapeutique certain) et les deux dernières (intérêt thérapeutique douteux ou nul), obtenir la proportion de 54 pour 100 d'améliorations, proportion qui suffit, à notre avis, à ne pas négliger l'essai de cette thérapeutique par l'huile soufrée pyrétogène.

Il est également intéressant de regarder ces résultats à partir des catégories de maladies étudiées.

° Pour les *zonas*, nous rappelons la remarque déjà faite au sujet de l'action des injections d'huile soufrée sur les douleurs. On n'a généralement pas constaté d'amélioration de l'éruption directement en rapport avec ce traitement.

° Sous cette réserve, c'est dans les cas de zona que

nous avons obtenu de loin les résultats les plus **frappants**.

On remarquera également plus loin à propos des **prurits** et **prurigos** une action favorable également plus nette de l'huile soufrée que dans les autres **cas** d'affections cutanées étudiés.

Pour les **zonas**, nous trouvons, sur 14 cas observés (en procédant de la façon déjà indiquée), 9 cas guéris et améliorés d'une façon durable contre 4 où l'action fut passagère et un seul échec, qui porte — il faut le noter en toute justice — précisément sur des **algies** post-zonateuses.

Quant aux *prurits et prurigos*, nous relevons une proportion de 5 améliorations très nettes (dont une guérison totale) contre 2 échecs.

Ensuite, viennent les *eczémas*, influencés diversement : sur 11 sujets atteints de lésions eczémateuses variées, 6 furent améliorés ou guéris et 5 n'ont bénéficié du traitement que d'une façon épisodique ou nulle.

Puis les *urticaires*, où l'action de choc ne s'est jamais montrée sans effet, puisqu'on constate 1 guérison et 3 améliorations de degré variable sur 4 cas présentés.

Les *érythèmes ortiés* furent à peine influencés par le traitement (deux observations).

Enfin, viennent les 8 cas isolés où l'amélioration a été variable :

Le cas de *lichen plan* a été très heureusement influencé, puisque à la fin du traitement la malade était

débarrassée de presque toutes ses lésions. Malheureusement, nous n'avons pas été à même d'apprécier la durée de ce résultat et c'est la raison pour laquelle nous l'avons classé dans les « cas d'amélioration importante » seulement.

Le cas d'*herpès* qui durait depuis assez longtemps a réagi favorablement à l'huile soufrée : en effet, depuis plusieurs mois le malade ne restait jamais une semaine sans voir réapparaître l'éruption et, à la suite des piqûres d'huile soufrée, il fut absolument indemne de toute récurrence pendant près de 3 semaines. Nous ne parlons pas de guérison malgré tout, n'ayant pu contrôler le maintien de cette amélioration par la suite.

Dans l'*érythrodermie*, la *dermite à streptocoques*, l'*œdème de Quincke*, l'amélioration fut peu nette et éphémère.

Enfin, on a enregistré deux échecs (*sclérodémie*, *verrues*) et une amélioration remarquable dans un cas d'*acné polymorphe*.

Nous avons classé à part les 4 cas de *maladies de Nicolas-Favre* où les résultats sont francs, mais opposés : 2 guérisons et 2 échecs.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

L'étude de ces observations ne manque pas d'appeler quelques remarques intéressantes. En effet, ces malades traités par l'huile soufrée ont présenté un certain nombre de caractères cliniques propres à chacun ou partagés par plusieurs, sur lesquels nous devons revenir.

1° Sur le nombre de piqûres faites, sur les doses employées et sur la réaction produite en général.

Nous n'avons pas de technique propre à chaque affection cutanée et nous avons agi à cet égard d'une façon un peu empirique, nous fiant d'abord à l'état général du malade, puis, après la première injection, à ses réactions thermiques et générales, à ses réactions locales, aux incidents du traitement, à ses résultats même, pour décider de la quantité totale et fractionnée de suspension soufrée introduite, ainsi que de l'espacement des injections (intervalles de deux à six jours et plus).

D'une façon très générale, nous avons utilisé en moyenne des doses de 1 à 3 centimètres cubes par piqûre de la concentration à 1 %, plus rarement à 2 %, avec des séries de 2 à 5 piqûres le plus souvent, sauf de rares cas où nous avons atteint 10 injections

(obs. 23 et 47) et même une fois 16 (obs. 42) sans obtenir de meilleur résultat, puisque ces trois observations citées n'ont été que des échecs.

Nous ne croyons pas d'ailleurs que l'augmentation de la quantité totale de produit injecté ait une action nécessairement plus favorable.

Nous n'établissons ici aucune relation constante entre cette quantité et le résultat obtenu. Il n'y a rien d'étonnant à cela puisqu'il s'agit avant tout d'une méthode pyrétogène qui doit, théoriquement au moins, déterminer un choc dans l'organisme et un changement consécutif des conditions biologiques (allasso-thérapie) pour être rendue active.

D'ailleurs, nous avons des cas où une seule et unique injection a produit des résultats remarquables et immédiats (obs. 28, 29).

Aussi bien, est-il parfaitement inutile, à notre avis, de poursuivre au-delà de plusieurs piqûres si le malade ne réagit pas et si aucun effet thérapeutique ne se dessine : c'est le fatiguer inutilement; car il faut le reconnaître, ce traitement, encore qu'ambulatoire et ne nécessitant pas — sauf exception — l'arrêt du travail, est tout de même, ne serait-ce que par les élévations thermiques et le malaise qu'il entraîne, souvent un peu fatigant.

C'est ainsi que certains de nos malades ont refusé de poursuivre le traitement au bout de une ou deux injections, à raison de la fièvre qu'il provoque et dont il faut toujours les prévenir, et de la sensation de malaise éphémère qui l'accompagne parfois.

La question des doses est également très aléatoire si l'on considère que chaque sujet, indépendamment de l'affection dont il est porteur, à sa réaction propre et que cette réaction varie extraordinairement d'un sujet à l'autre.

L'effet thermique est indépendant de la dose injectée : nous avons eu des malades qui, à une seule injection de $3/4$ de cm^3 ou de 1 cm^3 faisaient 40° et quelques dixièmes, d'autres au contraire qui, malgré l'accumulation du nombre de piqûres ou l'augmentation de la quantité de suspension soufrée de chacune d'elles, ne dépassaient pas 38° . Ceci est moins vrai malgré tout pour les doses nettement plus fortes que celles que nous avons employées, et, à partir de 5 centimètres cubes (on a employé la Sulfosine jusqu'à 10 cm^3), les réactions sont plus constantes et plus violentes, ce qui peut entraîner l'interruption du traitement.

La réaction doit être suffisante, mais ne doit pas dépasser certaines limites, d'abord parce que l'effet obtenu n'est pas meilleur, ensuite parce que ce serait un véritable défaitisme que d'arrêter les sujets dans leurs occupations et de les rendre plus malades qu'ils ne l'étaient sous prétexte de leur faire un traitement, qu'on n'a pas le droit sans doute d'écarter à priori, mais qui ne prétend pas être infaillible.

2° Sur les incidents du traitement par l'huile soufrée.

Aux doses pratiquées, et sauf exception, ce traite-

ment est parfaitement ambulatoire et ne donne lieu à aucun accident grave. Les incidents ont tous été décrits au cours des observations ou de leur discussion et ressortissent la plupart du temps à un simple effet réactionnel.

Toutefois, nous devons rappeler ici que les injections d'huile soufrée ont déterminé une fois des selles diarrhéiques (obs. 29), une fois un exanthème purpurique des jambes qui a commandé l'arrêt des piqûres (obs. 38) et une autre fois des vomissements qui n'ont pas été cause d'interruption (obs. 48).

Enfin, dans un petit nombre de cas, on a noté une fatigue et un abattement prolongés (obs. 18, 26, 47), ce qui n'est pas fréquemment observé, car on a vu au contraire qu'en dépit du malaise passager dû à la fièvre, il se faisait ensuite un relèvement très fréquent de l'état général. Ici c'est le métabolisme du soufre qui intervient sans doute avec action chimique.

Nous n'avons donc jamais eu d'ennui sérieux dû au traitement.

3° Sur les modes réactionnels divers.

a) RÉACTION THERMIQUE.

En se remémorant les constatations faites au sujet des ascensions thermiques et en jetant un regard sur les quelques courbes présentées, on remarque que les modalités de la réaction pyrétogène présentent des particularités qui permettent de dégager quelques types.

D'abord, un caractère qu'on retrouve toujours : il n'y a pas de plateau. La température maxima ne se maintient pas et la montée comme la défervescence sont rapides.

La plus fréquente des courbes est celle qui, après avoir ébauché une montée lente de très courte durée aussitôt l'injection, devient rapidement ascendante sans défaillance jusqu'à son acmé qu'elle atteint en 12 heures en moyenne pour retomber presque aussi vite, quoique ne revenant pas dans un délai aussi court au point de départ et marquant souvent une certaine hésitation. Le lendemain soir, la température est redevenue à peu de chose près ce qu'elle était auparavant et le même malade a généralement, avec des maximums différents, un même type de courbe.

Certains montent par échelons successifs, marquant un palier et même ébauchant une légère décroissance d'heure en heure.

D'autres enfin ont une courbe tout à fait atypique; certains même font parfois de l'hypothermie.

Le plus souvent, comme nous l'avons déjà constaté, la deuxième injection est celle qui donne la plus vive réaction et est également suivie du maximum d'effet : à cet égard, on peut la considérer avec la troisième comme la pierre de touche thérapeutique et comme la meilleure manière d'apprécier la susceptibilité réactionnelle du sujet.

Certains malades ont enfin la particularité d'être extrêmement sensibles et de dépasser systématiquement 40° à chaque injection quelle qu'en soit la dose (obs. 12).

L'effet pyrétogène paraît dans la plupart des cas indispensable à l'action de l'huile soufrée : mais il semble n'y avoir de relation qu'au regard de l'existence seule de cet effet et pas du tout de proportion avec l'intensité de la fièvre.

Rappelons les deux cas (obs. 13, 14) où la réaction thermique étant parfaitement inexistante, l'effet fut nul.

Cependant, il serait exagéré d'établir une constante systématique entre la présence d'une réaction et l'effet recherché avec obligation pour la maladie en cause de disparaître automatiquement.

Il ne faut pas perdre de vue que nous évoluons dans un domaine où les impondérables sont nombreux et modifient sans cesse les quelques règles que nous voulons tenter d'établir.

Voici à titre indicatif et par ordre décroissant les températures maxima enregistrées, chaque fois que cela nous fut possible, au cours du traitement chez certains de nos malades :

40°2, 40°, 40°, 40°, 40°, 40°, 40°, 40°, 40°.

39°8, 39°6, 39°6, 39°2, 39°, 39°, 39°.

38°8, 38°8, 38°6, 38°6, 38°5, 38°5, 38°4, 38°3, 38°.

37°9, 37°7.

b) RÉACTION LOCALE.

Il existe en général un endolorissement autour du foyer d'injection, plus ou moins marqué, avec rougeur intense de la peau qui dure quelques heures, dépasse rarement 24 heures.

Citons toutefois cinq cas où nous avons constaté une tuméfaction, très douloureuse et inflammatoire, qui a duré plusieurs jours et gêné ou arrêté le malade dans son travail (obs. 10, 16, 34, 41, 49). Malgré tout, ce fait reste rare et en tous cas nous n'avons jamais eu d'abcès ni de menace précise d'abcès, et nous n'avons pas connaissance d'accidents de ce genre avec la suspension à 1 % utilisée presque constamment.

Il n'existe aucun rapport entre l'intensité de cette réaction locale et l'effet thérapeutique.

On pourra avec avantage conseiller aux malades de mettre des compresses chaudes renouvelées sur la région douloureuse.

c) RÉACTION GÉNÉRALE.

Nous avons déjà parlé de la sensation de malaise qui accompagne souvent la montée de la fièvre et de la lassitude ressentie le lendemain.

Parfois on constate un peu de transpiration, une diminution légère du volume des urines, une modification éphémère de la tension artérielle, d'ailleurs insignifiante.

La céphalée a été en plusieurs cas remarquée.

Ce triple ensemble réactionnel n'existe que rarement à l'état complet et chaque malade réagit par une modalité qui lui est propre, soit thermique, soit douloureuse, soit générale, avec toutes les combinaisons possibles.

4° *Sur les indications de l'huile soufrée pyrétogène.*

Il faut reconnaître cependant que, dans l'ensemble, les réactions consécutives aux injections d'huile soufrée sont assez pénibles et nous ne devons pas les préférer systématiquement au début d'un traitement par le choc aux autres méthodes couramment employées.

Bien mieux, nous conseillons d'essayer d'abord des thérapeutiques moins choquantes.

Nous ne citerons que pour mémoire l'autohémothérapie, les injections d'extrait de rate, l'hyposulfite de soude à 20 % intra-veineux, les piqûres de lait intramusculaires, etc.

Ce n'est que, lorsque diverses tentatives de ce genre ont échoué ou n'ont donné que des résultats insignifiants, que l'on sera amené à recourir à l'huile soufrée pyrétogène.

Si donc cette dernière a des indications relativement exceptionnelles, elle n'en constitue pas moins une méthode allasothérapique qui mérite d'être utilisée quand les autres médications par le choc se sont révélées inefficaces.

A cet égard, voici brièvement exposé, comment l'on doit envisager, à notre avis, les indications de cette méthode :

— les lésions microbiennes (streptocoque, staphylocoque, tuberculose) ne réagissent généralement pas ou peu à l'huile soufrée.

— il nous semble que les lésions d'origine syphilitique pourraient peut-être se trouver influencées. Quoiqu'il en soit, nous n'avons pas une expérience suffisante de la question pour préciser ce point. Bien entendu, il ne s'agit pas d'envisager un seul instant la substitution de cette thérapeutique par le choc au traitement spécifique.

— l'huile soufrée agit d'une façon incontestable et rapide sur les cas de zona accompagnés de douleurs et cette action est élective sur celles-ci, l'éruption ne paraissant pas être modifiée dans son évolution par ce traitement, pas plus d'ailleurs que par aucun autre à notre connaissance.

— enfin, les réactions cutanées en général sont diversement influencées, parfois même on observe une disparition totale des éléments éruptifs et des troubles qui les accompagnent d'une manière provisoire ou définitive.

Citons, parmi d'autres, quelques affections qui peuvent relever de ces indications :

- l'urticaire,
- les eczémas,
- les érythrodermies,
- les prurits (prurits séniles),
- les prurigios, etc.

Quant aux *contre-indications*, elles sont déterminées par l'état général du sujet, son âge, et il est bien évident qu'on évitera d'instituer ce traitement assez choquant si le malade se montre débile ou bien s'il s'agit d'un malade âgé, encore que, parmi nos

observations, il en soit certaines où l'âge avancé du sujet n'a absolument entraîné aucune espèce de conséquence particulière. Il en est de même s'il est porteur de lésions organiques graves, principalement rénales, hépatiques, qui commanderont automatiquement l'abstention.

D'où l'importance qu'il y a à bien examiner le malade au sujet duquel on aura été amené à envisager un traitement par l'huile soufrée pyrétogène.

En résumé, il semble que nous ayons là une médication qui, peu employée jusqu'ici, est susceptible de donner des résultats heureux.

Nous n'avons pas la prétention de la préférer à d'autres qui ont fait leurs preuves et qui sont aussi actives, mais nous avons simplement voulu faire part de nos essais, fructueux ou non, sur l'emploi de l'huile soufrée dans le traitement des dermatoses en général, en donnant quelques exemples variés et en essayant dans la mesure du possible de dégager les éléments essentiels de la question.

Ce travail n'est qu'une indication et un point de départ.

Nous ne saurions mieux terminer qu'en citant notre Maître, M. le Professeur agrégé SÉZARY, dans sa communication à la Société de Dermatologie :

« Il ne faut pas demander aux injections d'huile soufrée comme à tous les traitements par le choc, fussent-ils pyrétogènes comme celui-ci, plus que ce qu'elles peuvent donner. Ces traitements doivent

céder le pas au traitement étiologique, quand celui-ci est possible et efficace, ou lui être associés. Leurs indications sont cependant fréquentes et l'huile soufrée nous paraît en constituer un des meilleurs ».

CONCLUSIONS

1. Nous avons essayé d'appliquer au traitement de quelques dermatoses les injections d'huile soufrée.

2. Ces injections, constituant un traitement de choc (allasso-thérapie), dont l'indication est valable pour les affections cutanées les plus diverses indépendamment de leur facteur étiologique, peuvent être utilisées dans les cas les plus variés.

3. Dans plus de 50 % des cas, nous avons obtenu des résultats très favorables. Sur les 50 observations que nous rapportons, nous n'avons eu que 10 échecs absolus.

4. L'amélioration la plus nette a été obtenue dans des cas de zona, de prurigo et de prurit, où l'effet anti-algique ou antiprurigineux fut particulièrement net, résultat d'autant plus appréciable que d'autres thérapeutiques appliquées antérieurement avaient échoué.

5. Nous pensons que ces résultats méritent de retenir l'attention. Ils montrent que les injections d'huile soufrée peuvent être recommandées dans la thérapeutique dermatologique.

6. Ces injections n'ont donné lieu à aucun incident sérieux. Cependant, elles s'accompagnent dans la règle de fièvre, de symptômes douloureux marqués et il importe de les réserver aux cas qui se montrent rebelles aux médications plus courantes et dans la mesure où les malades seront estimés susceptibles de les supporter.

Vu, le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,

J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- BORY (Louis). — Nouveau mode de traitement du psoriasis par une solution injectable de soufre pur (*Pr. Méd.*, 32, 7, VI, 1917).
- . Traitement du psoriasis par les injections de soufre pur. (*Compte rendu de l'Académie de Médecine*, 30, X, 1917).
- BORY et FLURIN. — Le Soufre dans la thérapeutique interne des dermatoses (*Sciences méd.*, Paris. Fév. 1924).
- BORY et JACQUOT. — De l'introduction du Soufre dans l'organisme par la voie sous-cutanée (*C. R. Soc. Biol.*, 17 mars 1917).
- BOURGES (H.). — L'huile soufrée dans le traitement des arthropathies (*Bul. Soc. de Thérapeutique*. Séance du 12-II-1919).
- BRISSON. — Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie (*Ann. de Dermatologie*, 1909 et 1910).
- CLAUDE (H.) et DUBLINEAU. — (*Ann. médico-psych.* II, p. 698, 1933).
- CLAUDE et DUBLINEAU. — Résultats de la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans 34 cas d'états dits de Démence précoce (*Ann. médico-psych.*, 4 avril 1935).
- CROUZON, MICHLAUX et MOBLASET (P.). — 1^{er} cong. Fr. Thérap. p. 495, 23, Paris 1933).
- DELAHAYE et PIOT. — A propos de l'introduction du soufre sous la peau (*C. R. Soc. Biol.* 7 déc. 1907, p. 601).
- DONADIEU et LOV. — La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce (*Ann. médico-psych.* Mai 1934).
- GALLAUD. — Contribution à l'étude du traitement de la démence précoce par la pyrétothérapie. (*Thèse* 1935).
- KERFRIDIN (P.). — Essai de traitement de certains déments précoces par le soufre pyrétogène associé à l'or. (Paris 1934).

- LAJOURNADE (A.). — Traitement de la Démence précoce par les injections d'huile soufrée. (*Thèse Bordeaux*, 1933).
- LÉPINE et LAMIVE. — Un nouveau procédé de pyrétothérapie réglée : l'huile soufrée (*Lyon Médical*, 149 : 106-109, jan. 24, 1932).
- LEVADITI, PINARD (M.) et EVEN. — Traitement de la paralysie générale par le soufre lipo-soluble (*Soc. méd. hôp.*, 12 juin 1931).
- LOEPER et BORY. — Le soufre en Biologie et en thérapeutique (p. 151, Paris 1932).
- MACKAY (Chicago). — The Use of Sulphur for the Production of Fever (*Arch. of Neurol. and Psychiatry*, 26 July, 102-113, 1931).
- MARCUSE (H.) et KALLMANN (Fr.). — Zur Sulfosin Behandlung der Paralyse und Schizophrenie (*Der Hervenarzt*, 2, 1929).
- MOBERG. — De l'emploi de l'huile soufrée dans le traitement du psoriasis et de quelques dermatoses (*Proceedings of the fifth Meeting of the northern Dermat. Soc. Stockholm*, 6-7 juin 1922. *Acta Dermatovénéréologica*, Déc. 1922, p. 417).
- MOLLARET (P.). — Le Traitement actuel de la Paralysie générale (p. 39, Paris 1931).
- PAUTRIER. — L'huile soufrée en dermatologie (psoriasis, pelade, acné). (*Bul. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 21 mai 1921, p. 401).
- PORTILLA (Fernandez). — Les injections de soufre dans le traitement du psoriasis (*Acta dermosifililog.* Avril-mai 1918, p. 197).
- RICHEL fils et BORET. — La pyrétéo-chimiothérapie de la syphilis prim. et second. (*Revue Méd. Fr. Juin 1935*).
- SAINZ de GRADO. — Les injections de soufre encalyptolé dans le traitement du psoriasis (*Acta D. Sifil.* Avril-mai 1928, p. 200).
- SCHROEDER (Knud). — Om Svovlbehandling of Dementia paralytica o. s. v. u. f. i., Nr 24-1927.
- Sulfosin das Mittel zur verdraengung der infektions-thérapie der Dementia Paralytica. (*Psychiatrisch. Neurol. Wochenschr.* 31, Nr. 27, 1929).

- The Sulfosin Traitement of General Paralysis and other Disorders. (*The Lancet*, 23 nov. 1929, p. 1081).
- SEZARY. — 1^{er} Congrès franç. Thérap. (Paris Oct. 1933, II, 414).
- SEZARY, MIGET et FACQUET. — (*Bul. Soc. fr. Derm. et Syph. lig.*, 8 fév. 1934, n° 2, p. 322).
- SEZARY. — Le changement des conditions biologiques générales considéré comme agent thérapeutique (*Le Progr. Méd.*, 1927, 49, p. 1937).
- SHILVOCK. — The Pyrogenetic Action of Sulphur in Olive oil (*The Lancet*, vol CCXIX, p. 347, 1930).
- SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — Sur la préparation et l'utilisation thérapeutique des huiles soufrées (Séance du 28-11-1912).
- STRICKLER et ADAMS. — Nitrogen and Sulphur content of scales in psoriasis and exfoliative dermatitis (*Arch. Dermat. et Syph.*, 25: II. 14, janvier 1932).
- SZKOLNIK. — Des huiles soufrées dans le traitement du psoriasis (*thèse de Paris*, 1920).
- TRIOLET (A.). — Contribution à l'étude de la pyrétothérapie dans le traitement des psychoses non syphilitiques (*Thèse Lyon*, 1934).
- WANG et SUNYOUNG. — Sulfosin as thermogenic agent (*China M. J.* 45, déc. 1931).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	20
OBSERVATIONS DÉJÀ PUBLIÉES	25
OBSERVATIONS INÉDITES	38
RÉSULTATS	59
DISCUSSION DES OBSERVATIONS	64
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

